

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



TESIS

PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL
HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA – EsSALUD – PIURA”**

OSCAR DAVID MOYA HUERTAS

AUTOR

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA Y PATOLOGÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



ANTEPROYECTO DE TESIS

PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL
HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA – EsSALUD – PIURA”**

DR. CARLOS YARLEQUE CABRERA

ASESOR



OSCAR DAVID MOYA HUERTAS

AUTOR

DR. EDWARD MEZONES HOLGUIN

ASESOR ESTADISTICO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



TESIS

PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL
HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA – EsSALUD – PIURA”**

JURADO:


DR. JOSÉ MELENDEZ RIOS

PRESIDENTE


DR. ALFREDO VALDIVIEZO A.

SECRETARIO


DR. MANUEL GIRÓN-SILVA

VOCAL

DEDICATORIA

A mis padres, Carlos y Elvira, por su apoyo incondicional, confianza y paciencia, a ellos muchas gracias por estar ahí siempre que los necesité.

A mi hija, Pamela, la razón para seguir adelante y no desfallecer en el intento. A su paciencia por los momentos juntos que tuvimos que sacrificar, para culminar esta etapa de mi vida

A mis hermanas, Marisela, Patricia y Ma. Carmen, quienes me apoyaron en mis decisiones a lo largo de mi carrera.

A mi abuelo, Isidoro, mi segundo papá. Gracias por tus consejos y confianza, a pesar de su ausencia, sé que desde el cielo, está orgulloso de mis éxitos.

A mi familia, por estar conmigo en los buenos y malos momentos.

A esa persona especial que hoy está conmigo, por apoyarme en esta última fase de mis estudios y ser muy paciente.

A todas aquellas personas que un día fueron parte de mi vida y me apoyaron desinteresadamente.

AGRADECIMIENTOS

A Dios y la Virgen por sus bendiciones y por haberme dado una familia y amigos muy especiales.

A la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Piura, por haber hecho de mí un buen profesional.

Al personal de archivo y del servicio de emergencia y gastroenterología del hospital III José Cayetano Heredia – Piura, por ayudarme en la realización de mi tesis.

A mis asesores, Dr. Carlos Yarlequé y Dr. Edward Mezones, por su apoyo y amistad.

INDICE

I. DATOS GENERALES	8
1.1. Título	8
1.2. Autor	8
1.3. Asesor(s)	8
1.4. Facultad	8
1.5. Departamento Académico	9
1.6. Lugar de Estudio	9
1.7. Área de estudio	9
1.8. Tipo de Estudio	9
 II. INTRODUCCION	 10
III. DEFINICION DEL PROBLEMA	12
2.1. Título	12
2.2. Antecedentes	12
2.3. Justificación	12
2.4. Objetivos	12
2.4.1. Objetivos Generales	12
2.4.2. Objetivos Específicos	12
2.5. Enunciado del Problema	13
 IV. DEFINICION DE POBLACION EN ESTUDIO	 14
4.1. Características Generales	14
4.1.1. Criterio de inclusión	14
4.1.2. Criterio de exclusión	14
4.2. Ubicación temporo – espacial	14
 V. DISEÑO ESTADISTICO	 15
5.1. Tipo de Investigación	15
5.2. Universo	15

5.3. Población	15
5.4. Tamaño y selección de la muestra	16
5.5. Métodos Estadísticos	16
5.6. Descripción de variables y escalas de medición	16
VI. PROCESO DE CAPTACION DE LA INFORMACION	20
7.1. Instrumentos	20
7.2. Procedimientos	20
VII. RESULTADOS	22
VIII. ANALISIS Y DISCUSION	44
IX. CONCLUSIONES	55
X. RECOMENDACIONES	58
XI. BIBLIOGRAFÍA	59
XII. ANEXO	63

RESUMEN

OBJETIVO: Describir las características clínico – epidemiológicas de la Hemorragia Digestiva Alta en pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud – Piura, entre los años 2004 – 2008.

MATERIAL Y MÉTODO: El presente estudio se realizó en el Hospital III José Cayetano Heredia EsSALUD – Piura.. El estudio es de tipo Serie de Casos, descriptivo, retrospectivo y observacional, el universo está constituido por todos los pacientes que ingresaron por el servicio de emergencia con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta y fueron hospitalizados posteriormente en el Servicio de Gastroenterología, durante el periodo de Enero 2004 - Diciembre 2008. Durante este periodo en total se hospitalizaron 460 pacientes con el diagnostico de Hemorragia Digestiva Alta, de los cuales se descartaron aquellos que no cumplían los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Se incluyó en el estudio una muestra de 210 pacientes

Los resultados se plasmaron en cuadros de frecuencia y porcentaje en base a las variables y objetivos del estudio.

RESULTADOS: En el periodo enero 2004 a diciembre del 2008 la incidencia de hemorragia digestiva alta fue de 5.42% del total de pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Especialidades. El rango de edad que mayor frecuencia de presentación de hemorragia digestiva alta, se encontró en pacientes entre 60 – 79 años de edad (42.86%). El sexo masculino fue quien presentó mayor tendencia a desarrollar hemorragia digestiva alta. (65.2%). La mayoría de pacientes eran asegurados (74.8%). El tiempo de enfermedad más frecuente, fue entre 1 a 2 días (46.2%) de los casos. La estancia hospitalaria entre 3 – 5 días fue la más frecuente, con un 47.6% de los casos, seguido de una estancia entre 6 – 8 días (38.6%). La localización topográfica de la

hemorragia digestiva alta estuvo encabezada por, el estómago, con un 52.9%. La úlcera péptica, fue la causa más frecuente de hemorragia digestiva alta con un 42.8% de los casos, seguido de gastritis con un 23.8%. Las manifestaciones clínicas predominantes, fueron: mareos (65.7%), palidez (61.4%), dolor abdominal (55.2%), melena y hematemesis (45.2%). El antecedente de mayor importancia, estuvo representado por el consumo de AINEs, (26.67%), seguido de cirrosis hepática (21.90%). El valor de hemoglobina más frecuente al ingreso se encontró entre 8 – 9.9 gr/dl (30.0%). Del total de casos el 41.4% requirió de transfusión sanguínea, de los cuales, el 44.8% recibió la transfusión de 1 paquete globular, seguido del 24.1% que recibió 2 paquetes globulares. La clasificación endoscópica Forrest III (45.5%), fue la más frecuente dentro de los pacientes con diagnóstico de úlcera péptica. El 4.8% de los casos requirió de manejo por la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La mortalidad se presentó en un 7.14% de los casos.

CONCLUSIONES: Al analizar el estudio se puede concluir que la incidencia de hemorragia digestiva alta encontrada, es casi similar a la referida a nivel mundial y nacional; así como también el predominio de esta etiología sobre el sexo femenino, siendo la úlcera péptica la causa más frecuente de la misma, y el consumo de AINEs el principal antecedente de importancia. Cabe mencionar la importancia de contar con un estudio endoscópico dentro de las 6 – 24 horas, desde el ingreso del paciente, lo cual reduce la estancia hospitalaria y determina un tratamiento más específico acorde a la causa.

PALABRAS CLAVE: Hemorragia digestiva alta, endoscopia alta, transfusión sanguínea.

I. DATOS GENERALES

1.1. TITULO

Características Clínico – Epidemiológicas de la Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud – Piura entre los años 2004 – 2008.

1.2. AUTOR

Oscar David Moya Huertas

Bachiller de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Piura.

1.3. ASESORES

✓ Dr. Carlos Yarleque Cabrera.

Médico Internista del Servicio de Medicina Interna del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud – Piura.

Docente de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Piura.

✓ Dr. Eugenio Pozo Briceño.

Médico Gastroenterólogo del Servicio de Medicina Interna - Especialidades del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud – Piura.

✓ Dr. Edward Mezones Holguin.

Magíster en Epidemiología Clínica. Universidad de la Frontera – Chile.

Investigador de la Red latinoamericana de Investigación en Climaterio (REDLINC)

1.4. FACULTAD

Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Piura.

1.5. DEPARTAMENTO ACADEMICO

Departamento de Clínica y Patología

1.6. LUGAR DE ESTUDIO

Servicio de Gastroenterología del Hospital III José Cayetano Heredia
– Piura.

1.7. AREA DE ESTUDIO

Gastroenterología

1.8. TIPO DE ESTUDIO

Serie de casos

II. INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta es la pérdida de sangre hacia la luz del tubo digestivo originada por lesiones que se ubican en una zona comprendida entre el esfínter esofágico superior hasta el ángulo de Treitz, que puede proceder de órganos digestivos o de estructuras adyacentes que vierten su contenido en esta localización, y se manifiesta por la salida de sangre a través de la boca (hematemesis) o el ano (melena).

La hemorragia del tubo digestivo alto se considera un problema de salud pública tanto por su frecuencia como por su elevada mortalidad. Se estima a nivel mundial que se presenta un caso por cada 20,000 habitantes. En Estados Unidos de Norteamérica anualmente se estima que hay 30,000 atenciones hospitalarias y generan 150 ingresos por cada 100,000 habitantes. Los padecimientos que pueden originarlo son múltiples, y se clasifican dependiendo del agente etiológico o por su localización.

Su incidencia global es de 50-100 cada 100.000 habitantes por año con una tasa de internación hospitalaria anual de 100 casos cada 100.000 internaciones hospitalarias. Es cinco veces mas frecuente que la hemorragia digestiva baja, y afecta con mayor frecuencia al sexo masculino. La incidencia muestra tendencia creciente entre personas de edad avanzada

La Ulcera péptica, las lesiones agudas de las mucosas gástrica o duodenal y la ruptura de várices esofágicas son la etiología de hemorragia digestiva alta más frecuentemente descritas en las publicaciones médicas. Las cifras que se informan dependen de la incidencia de las afecciones de base y la oportunidad del diagnóstico endoscópico

La endoscopia juega un papel preponderante en el diagnóstico en el cuadro agudo del sangrado del tubo digestivo alto. Su alta sensibilidad de 95% y especificidad de 98%, ha desplazado a los demás procedimientos de

diagnóstico, tales como la radiología con doble contraste o con medio de contraste diluido, la angiografía selectiva y el uso de radioisótopos, permitiendo además realizar maniobras terapéuticas simultáneas como son: la aplicación de ligas o escleroterapia y la probeta de calor que son recursos de gran valor en el manejo de estos pacientes

Resulta deseable disponer de adecuada información epidemiológica respecto a la etiología frecuente de la hemorragia digestiva alta en todo nosocomio en el contexto de las características demográficas y poblacionales. El objetivo primordial de nuestro trabajo es reportar las causas de hemorragia digestiva alta que se encuentran en nuestro medio. Particularmente nos interesó conocer las características de la Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud – Piura, centro de referencia importante en la región por contar con equipamiento y personal adecuado para atender esta emergencia médica que representa una patología prevalente e importante en el contexto de los hábitos y costumbres socioculturales de la región

III. DEFINICION DEL PROBLEMA

2.4. OBJETIVOS

2.4.1. Objetivos Generales

Describir las características clínico – epidemiológicas de la Hemorragia Digestiva Alta en pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud – Piura, entre los años 2004 – 2008.

2.4.2. Objetivos Específicos

- ✓ Determinar la incidencia de la Hemorragia Digestiva Alta.
- ✓ Describir la distribución de frecuencias de las causas de la hemorragia digestiva alta de los pacientes en estudio.
- ✓ Describir la distribución de frecuencias de la edad los pacientes en estudio.
- ✓ Describir la distribución de frecuencias del sexo de los pacientes en estudio.
- ✓ Describir la distribución de frecuencias de los antecedentes patológicos de los pacientes en estudio.
- ✓ Describir la distribución de frecuencias de la procedencia de los pacientes en estudio.
- ✓ Describir la distribución de frecuencias de la condición de asegurado de los pacientes en estudio.
- ✓ Describir la distribución de frecuencias del tiempo de enfermedad de la hemorragia digestiva alta de los pacientes en estudio.
- ✓ Describir la distribución de frecuencias del tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes en estudio.
- ✓ Describir la distribución de frecuencias de la localización topográfica de la hemorragia digestiva alta de los pacientes en estudio.

- ✓ Describir la distribución de las manifestaciones clínicas de la hemorragia digestiva alta de los pacientes en estudio.
- ✓ Identificar el valor de hemoglobina al ingreso de los pacientes en estudio.
- ✓ Describir la distribución de frecuencias de los hallazgos endoscópicos en los pacientes en estudio.
- ✓ Describir la distribución de frecuencias de transfusión sanguínea en los pacientes en estudio.
- ✓ Describir la distribución de frecuencias del número de paquetes globulares transfundidos a los pacientes en estudio.
- ✓ Describir la distribución de frecuencias del empleo de la Unidad de Cuidados Intensivos de los pacientes en estudio.
- ✓ Determinar la condición de egreso de los pacientes en estudio.
- ✓ Describir la distribución de frecuencias del tipo de diagnóstico realizado a los pacientes en estudio.
- ✓ Describir la distribución de frecuencia del pronóstico de resangrado de los pacientes en estudio.

2.5. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características clínico – epidemiológicas de la Hemorragia Digestiva Alta en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud – Piura entre los años 2004 – 2008?

IV. DEFINICION DE POBLACION EN ESTUDIO

4.1. CARACTERISTICAS GENERALES

4.1.1. Criterio de Inclusión

- ✓ Pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta.
- ✓ Pacientes mayores de 18 años de edad
- ✓ Pacientes que ingresen por emergencia y estuvieron hospitalizados en el Servicio de Gastroenterología del hospital en estudio.

4.1.2. Criterios de Exclusión

- ✓ Pacientes adultos mayores de 18 años de edad, hospitalizados en el Servicio de Gastroenterología del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud – Piura, que no ingresaron por emergencia y no cumplen con los requisitos para confirmar el diagnóstico clínico de Hemorragia Digestiva Alta.
- ✓ Todas las historias clínicas incompletas que no cuenten con los requisitos necesarios para llenar la ficha de recolección de datos, o las historias que no se encuentren de los pacientes mayores de 18 años de edad, con diagnóstico clínico de Hemorragia Digestiva Alta.

4.2. UBICACIÓN TEMPORO – ESPACIAL

Enero del 2004 a Diciembre del 2008, en el Servicio de Gastroenterología del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud – Piura.

V. DISEÑO ESTADISTICO

5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de estudio es un Estudio de Serie de Casos

- a) Por el tiempo que se capta la información : Retrospectiva
- b) Evolución fenómeno estudiado : Transversal
- c) Por el diseño de investigación y contrastación de variables:
Descriptivo.
- d) De acuerdo con la interferencia del investigador : Observacional

5.2. UNIVERSO

Pacientes adultos con hemorragia digestiva alta de la región Piura.

5.3. POBLACIÓN

Todos los pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico clínico de Hemorragia Digestiva Alta, que ingresaron por emergencia y estuvieron hospitalizados en el servicio de Gastroenterología del Hospital III Cayetano Heredia durante el período Enero 2004 a Diciembre 2008.

5.4. TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

nQuery Advisor - [POCDF-1]

File Edit View Options Assistants Plot Window Help

Confidence interval for proportion (normal approx.) (n large) adjusted for finite population

	1	2	3	4	5
Confidence level, $1-\alpha$	0.950				
1 or 2 sided interval?	2				
Expected proportion, π	0.500				
Distance from proportion to limit, ω	0.050				
Population size, N	460				
n_A	210				

Para el cálculo del tamaño de la muestra se usó el software Nquery advisor ® tomando un 95% de nivel de confianza, para pruebas de 2 colas, con una proporción esperada desconocida asignándole una probabilidad 0,5 y un error de muestreo del 0.05 para una población finita de 460 personas se obtiene: 210 pacientes.

Con ello se procede a estratificar por año por lo que obtenemos:

AÑO	POBLACION	MUESTRA
2004	109	50
2005	99	45
2006	95	43
2007	75	34
2008	82	38
TOTAL	460	210

5.5. MÉTODOS ESTADÍSTICOS

En la estadística descriptiva se presentó cada variable a través de la utilización de frecuencia absoluta y relativa (%) con sus respectivos intervalos de confianza y medidas de tendencia central para las variables que le correspondan (cuantitativas): media y desviación estándar o en su

defecto mediana y rango intercuartílico. Así mismo, se utilizó el procesador de texto el Microsoft Word XP y como hoja de cálculo Microsoft Excel XP.

5.6. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.

1. Edad: Tiempo desde el nacimiento de la persona hasta el momento en que se hacen las medidas.
2. Sexo: condición que diferencia en la especie humana a los varones de las mujeres, dato obtenido de la revisión de historia clínica.
3. Procedencia: Lugar de residencia habitual, de donde es traído el paciente antes de su ingreso a emergencia.
4. Tiempo de enfermedad: Horas o días transcurridos desde el inicio de las manifestaciones clínicas hasta el momento del diagnóstico de hemorragia digestiva alta.
5. Estancia hospitalaria: Número de días transcurridos entre el ingreso del paciente y su egreso.
6. Condición de Asegurado: Condición de la cual un individuo disfruta o no de los beneficios de tener algún tipo de seguro de salud.
7. Antecedentes patológicos de importancia: Etiología que condiciona la salud del paciente para presentar episodios de hemorragia digestiva alta
8. Hemoglobina: Valor de laboratorio con el que ingresa el paciente.
9. Causas de Hemorragia Digestiva Alta: Patología que está ocasionando la hemorragia digestiva alta y que se determina por el empleo de la endoscopia.

10. Manifestaciones clínicas: Signos y síntomas que presentaron los pacientes a los que se les diagnosticó Hemorragia Digestiva Alta.
11. Localización Topográfica de la Hemorragia Digestiva Alta: Ubicación anatómica donde se origina la Hemorragia Digestiva Alta.
12. Hallazgos endoscópicos: Elementos descubiertos en pacientes con úlcera péptica a la endoscopia y que se clasifican según la clasificación de Forrest.
13. Transfusión sanguínea: administración de sangre a los pacientes con hemorragia digestiva alta para reintegrar el volumen perdido.
14. Uso de Unidad de Cuidados Intensivos: Es el empleo o no de la UCI para manejo de pacientes críticos con diagnóstico de hemorragia digestiva alta.
15. Condición de egreso: estado de salud que presenta el paciente al momento de su salida del hospital.
16. Diagnóstico realizado: Método o instrumento que se emplea para determinar el diagnóstico a los pacientes en estudio.
17. Pronóstico de resangrado: Probabilidad que presentan los pacientes de volver a presentar otro episodio de sangrado.

En el siguiente cuadro se presenta la escala de medición de las variables:

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICION
Edad	Cuantitativa	Continua
Sexo	Cualitativa	Dicotómica
Condición de Asegurado	Cualitativa	Politómica
Procedencia	Cualitativa	Politómica
Tiempo de Enfermedad	Cuantitativa	Continua
Causa de la Hemorragia Digestiva Alta	Cualitativa	Politómica
Antecedentes de Importancia	Cualitativa	Politómica
Manifestaciones Clínicas	Cualitativa	Politómica
Estancia Hospitalaria	Cuantitativa	Continua
Hemoglobina al ingreso	Cuantitativa	De Razón
Localización Topográfica de la Hemorragia Digestiva Alta	Cualitativa	Politómica
Hallazgos endoscópicos	Cualitativa	Politómica
Transfusión Sanguínea	Cualitativa	Dicotómica
N° de paquetes globulares	Cuantitativa	Discreta
Uso de UCI	Cualitativa	Dicotómica
Condición de egreso	Cualitativa	Dicotómica
Tipo de Diagnóstico	Cualitativa	Politómica
Probabilidad de resangrado	Cualitativa	Politómica

VI. PROCESO DE CAPTACION DE LA INFORMACION

6.1. INSTRUMENTOS

Se confeccionó una ficha de recolección de datos donde consignaron todas las variables de importancia.

6.2. PROCEDIMIENTOS

1. Se acudió al servicio de gastroenterología del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud – Piura, donde se accedió al registro diagnóstico de ingreso y de egreso, que se encuentran archivados en libros de acuerdo a sus respectivos años de estudio.

Luego de solicitar y revisar los libros correspondientes al periodo de Enero del 2004 a Enero del 2008, se incluyeron en el estudio, todos los pacientes adultos, mayores de 18 años de edad, con diagnóstico clínico y/o endoscópico de Hemorragia Digestiva Alta, los cuales se encontraban identificados por la numeración de su respectiva Historia Clínica y datos generales del paciente (nombres y apellidos, sexo, edad, etc...

2. Posteriormente con los datos obtenidos de los pacientes con diagnóstico clínico y/o endoscópico de Hemorragia Digestiva Alta, se acudió al servicio de computo de archivo general de historias clínicas del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud – Piura, donde se verificó el número de historia clínica correspondiente a dicho paciente. Luego de la verificación y con el apoyo del personal que labora en el archivo general de historias clínicas de este nosocomio se sustrajeron de los estantes las historias clínicas completas.

3. Aquellas historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión, fueron clasificadas para el llenado de la ficha de recolección de datos (anexo 1) y se les asignó un número que fue usado para su elección aleatoria de acuerdo al tamaño de muestra calculado.
4. Se creó una base de datos en Microsoft Acces ®.
5. El procesamiento de datos se realizó con el software STATA 10.0.®
6. Posteriormente, al haber terminado dicho procedimiento se realizó el análisis e interpretación de los datos obtenidos.
7. Se redactó el informe final.

VII. RESULTADOS

TABLA 01

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA

INCIDENCIA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

SERVICIO	Nº DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	Nº CASOS	%
MEDICINA ESPECIALIDADES	8490	460	5.42 %
GASTROENTEROLOGIA	2156	460	21.39 %

GRAFICO 01

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA

INCIDENCIA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

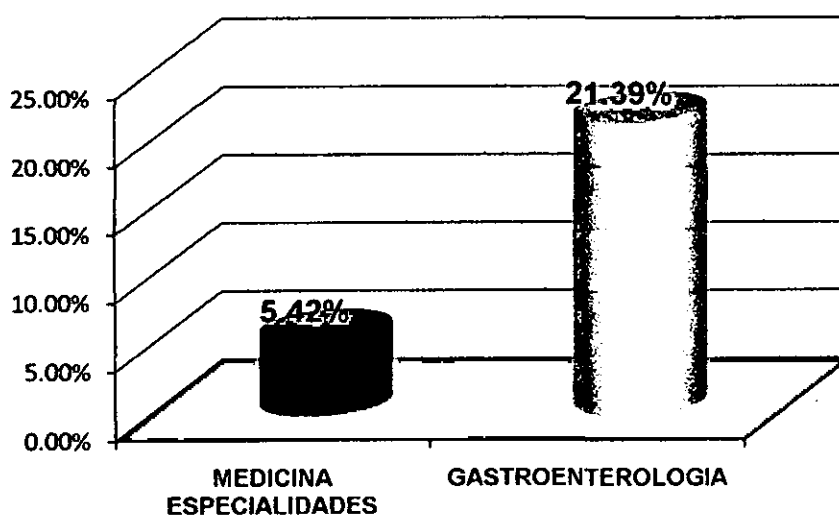


TABLA 02

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

DISTRIBUCION DE CASOS SEGÚN SEXO

SEXO	N° CASOS	%
Femenino	73	34.8 %
Masculino	137	65.2 %
TOTAL	210	100.0 %

GRAFICO 02

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

DISTRIBUCION DE CASOS SEGÚN SEXO

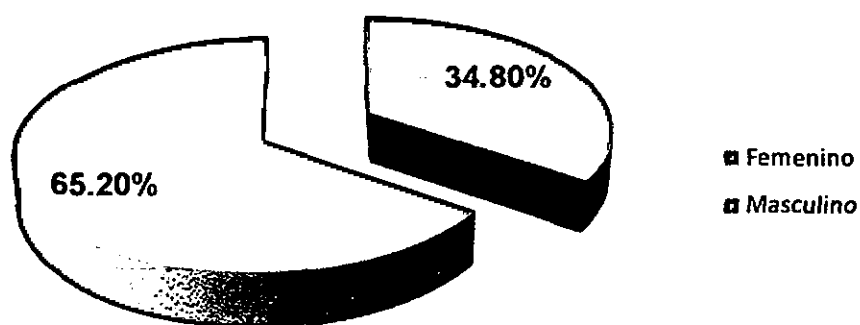


TABLA 03

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN GRUPO ETAREO

EDAD	N° CASOS	%
19 – 39	19	9.05%
40 – 59	59	28.10%
60 – 79	90	42.86%
De 80 a más	42	20.00%
TOTAL	210	100.00%

GRAFICO 03

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN GRUPO ETAREO

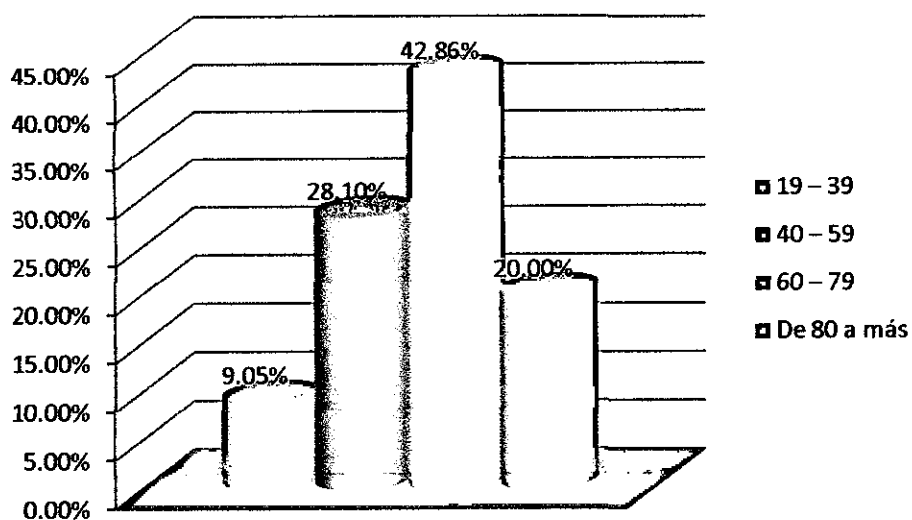


TABLA 04

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN LA CONDICIÓN DE ASEGURADO

CONDICIÓN	N° CASOS	%
ASEGURADO	157	74.8 %
NO ASEGURADO	42	20.0 %
SIS	7	3.3 %
OTRO	4	1.9 %
TOTAL	210	100.0 %

GRAFICO 04

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN LA CONDICIÓN DE ASEGURADO

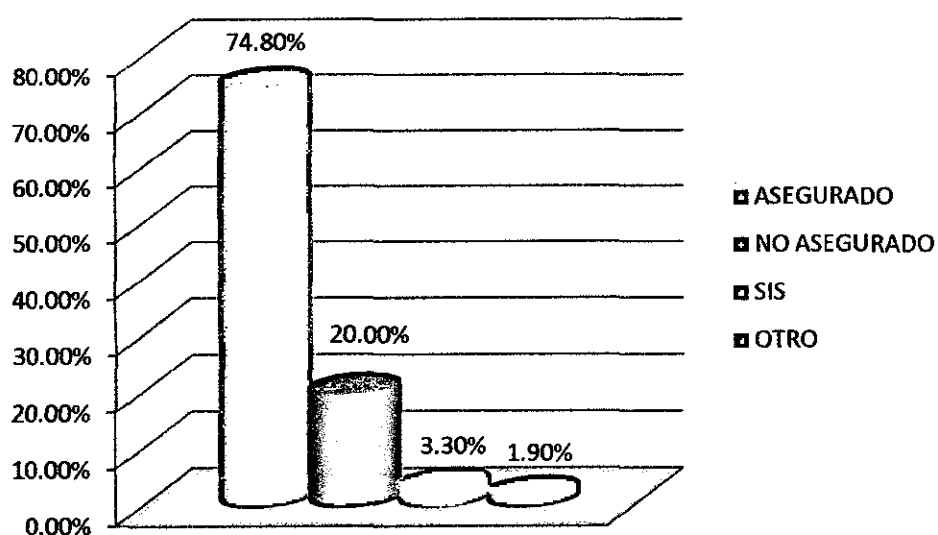


TABLA 05

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN LA PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	Nº CASOS	%
URBANO	108	51.4 %
RURAL	102	48.6 %
TOTAL	210	100.0 %

GRAFICO 05

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN LA PROCEDENCIA

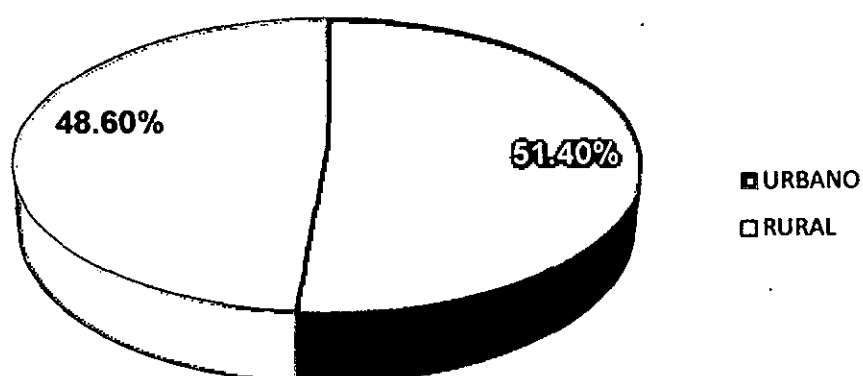


TABLA 06

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

DISTRIBUCION DE CASOS SEGÚN EL TIEMPO DE ENFERMEDAD

TIEMPO DE ENFERMEDAD	Nº CASOS	%
Menos de 12 horas	28	13.3%
12 a 24 horas	15	7.1 %
1 – 2 días	97	46.2 %
3 – 4 días.	39	18.6 %
5 días o más.	31	14.8 %
TOTAL	210	100 %

GRAFICO 06

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

DISTRIBUCION DE CASOS SEGÚN EL TIEMPO DE ENFERMEDAD

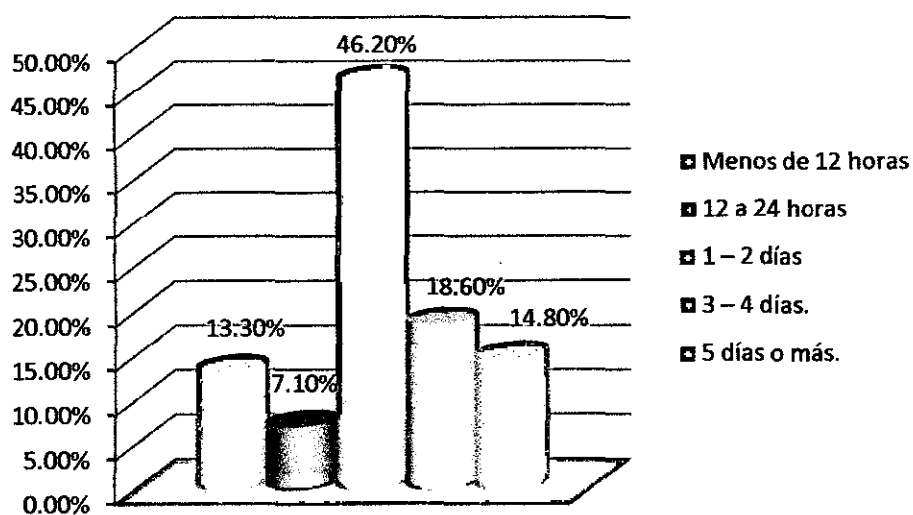


TABLA 07

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

DISTRIBUCION DE CASOS SEGÚN LOS TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA

ESTANCIA HOSPITALARIA	N° CASOS	%
Menos de 3 días	04	1.9 %
3 – 5 días	100	47.6%
6 – 8 días	81	38.6 %
9 – 11 días	17	8.1 %
12 – 14 días	08	3.8 %
TOTAL	210	100 %

GRAFICO 07

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

DISTRIBUCION DE CASOS SEGÚN LOS TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA

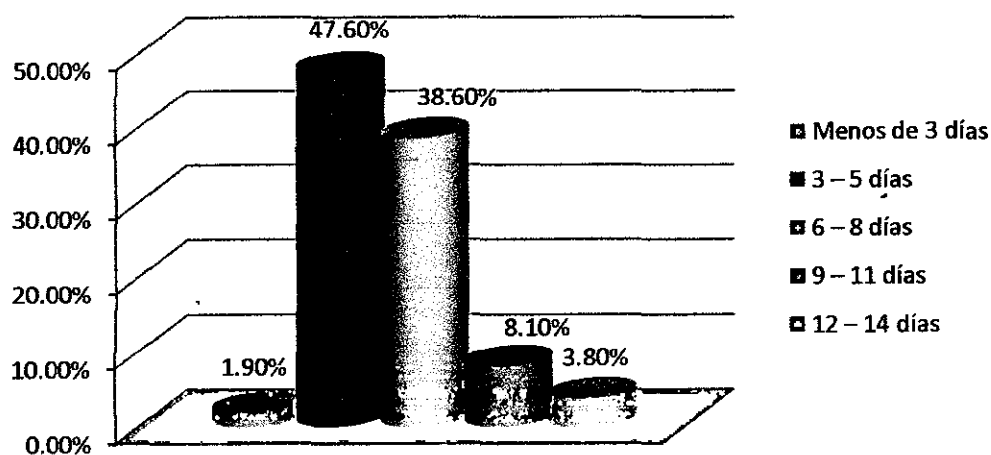


TABLA 08

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN LA LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

CAUSA	N° CASOS	%
Esófago	51	24.3 %
Estómago	111	52.9 %
Duodeno	48	22.8 %
TOTAL	210	100 %

GRAFICO 08

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN LA LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

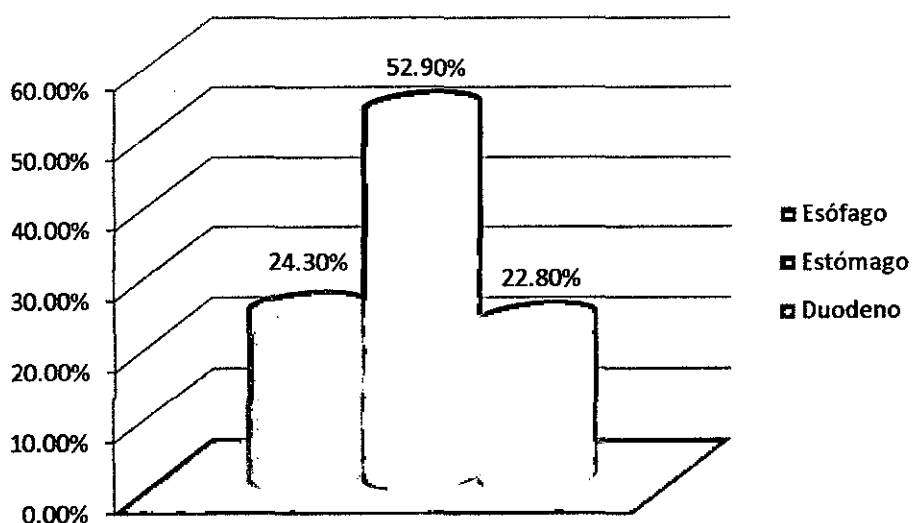


TABLA 09

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

**DISTRIBUCION DE CASOS SEGÚN LA CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA
ALTA**

CAUSA	Nº CASOS	%
Úlcera Gástrica	49	23.3 %
Úlcera Duodenal	41	19.5 %
Varices Esofágicas	43	20.5 %
Varices Gástricas	05	2.4 %
Esofagitis	03	1.4 %
Gastritis	50	23.8 %
Duodenitis	06	2.9 %
Angiodisplasias	02	1.0 %
Malformaciones AV	01	0.5 %
Cáncer Gástrico	03	1.4 %
Sd. Mallory Weiss	07	3.3 %
TOTAL	210	100 %

GRAFICO 09

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

**DISTRIBUCION DE CASOS SEGÚN LA CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA
ALTA**

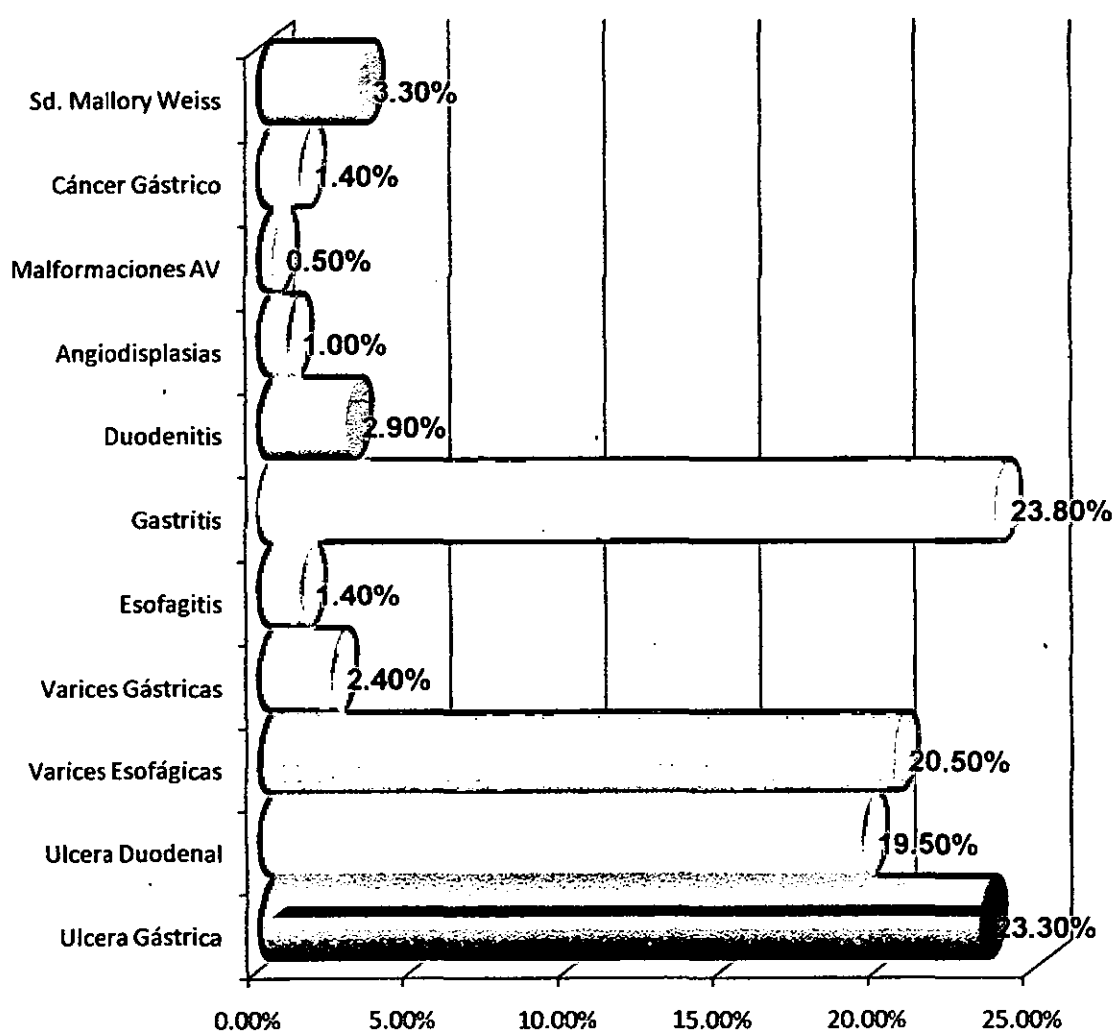


TABLA 10

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

DISTRIBUCION DE CASOS SEGÚN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS

CAUSA	Nº CASOS	%
Melena	69	32.8 %
Hematemesis	45	21.4 %
Melena y Hematemesis	95	45.2 %
Hematoquecia	8	3.8 %
Rectorragia	2	0.9 %
Dolor Abdominal	115	55.2 %
Disfagia	46	21.9 %
Pirosis	48	22.9 %
Náuseas	60	28.6 %
Vómitos	5	2.4 %
Nauseas y Vómitos	62	29.5 %
Mareos	138	65.7 %
Lipotimia	40	19.1 %
Palidez	129	61.4 %
Taquicardia	9	4.3 %
Hipotensión	20	9.5 %
Taquicardia y Hipotensión	8	3.8 %

GRAFICO 10

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

DISTRIBUCION DE CASOS SEGÚN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS

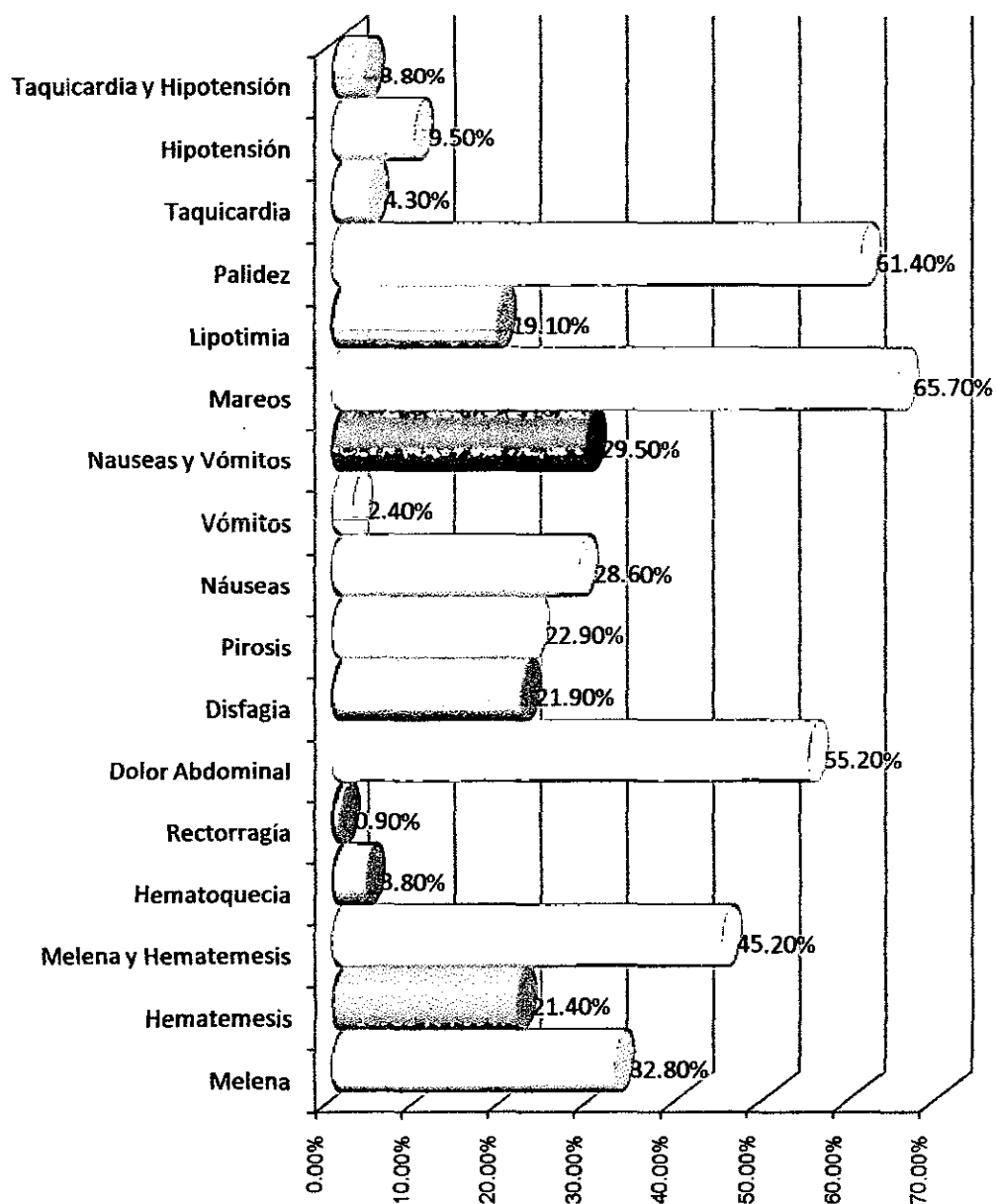


TABLA 11

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III
JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD – PIURA**

DISTRIBUCION DE CASOS SEGÚN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

ANTECEDENTES	Nº CASOS	%
Cirrosis Hepática	46	21.90%
HDA previa	30	14.29%
HTA	15	7.14%
Neoplasias	10	4.76%
Consumo de AINEs	56	26.67%
Consumo de Alcohol	16	7.62%
Anticoagulación	06	* 2.86%
Hipertensión Portal	11	5.24%
Insuficiencia Renal	04	1.90%
Artritis Reumatoide	08	3.81%
Hemofilia	01	0.48%
Sin antecedente	07	3.33%
TOTAL	210	100%

GRAFICO 11

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III
JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD – PIURA**

DISTRIBUCION DE CASOS SEGÚN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

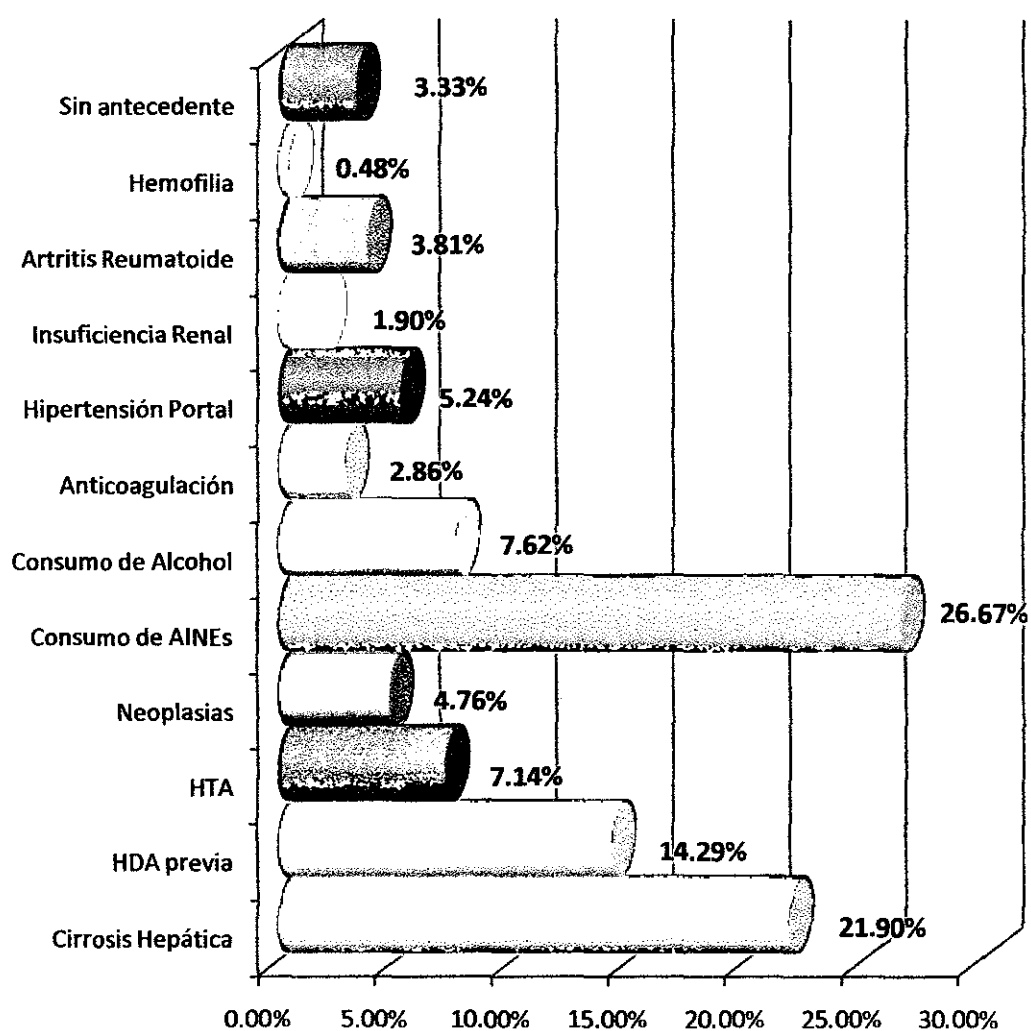


TABLA 12

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN VALOR DE HEMOGLOBINA AL INGRESO

HEMOGLOBINA	Nº CASOS	%
Menor de 6gr/dl	31	14.76%
6 - 7.99 gr/dl	53	25.24%
8 – 9.99 gr/dl	63	30.00%
10 – 11.99 gr/dl	45	21.43%
Mayor de 15 gr/dl	18	8.57%
TOTAL	210	100.00%

GRAFICO 12

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN VALOR DE HEMOGLOBINA AL INGRESO

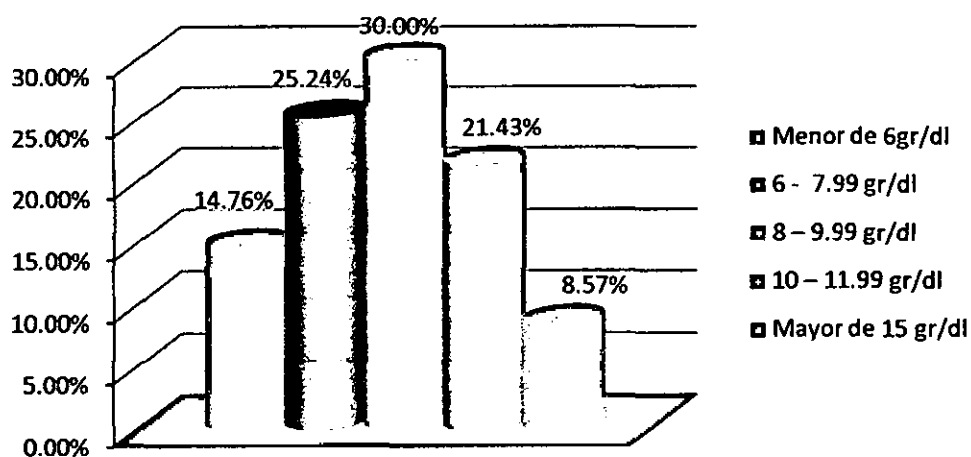


TABLA 13

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN REQUERIMIENTO DE TRANSFUSIÓN
SANGÜÍNEA**

TRANSFUSIÓN	Nº CASOS	%
SI	87	41.4 %
NO	123	58.6 %
TOTAL	210	100.0 %

GRÁFICO 13

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN REQUERIMIENTO DE TRANSFUSIÓN
SANGÜÍNEA**

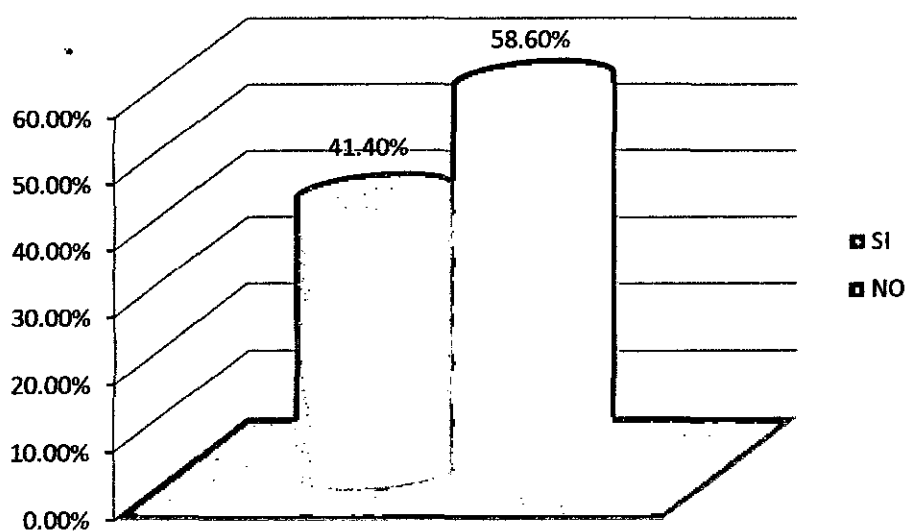


TABLA 14

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN N° DE PAQUETES GLOBULARES
TRANSFUNDIDOS**

PAQUETES GLOBULARES	N° CASOS	%
1	39	44.8 %
2	21	24.1 %
3	19	21.8 %
4 o más	08	9.2 %
TOTAL	87	100.0 %

GRAFICO 14

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN N° DE PAQUETES GLOBULARES
TRANSFUNDIDOS**

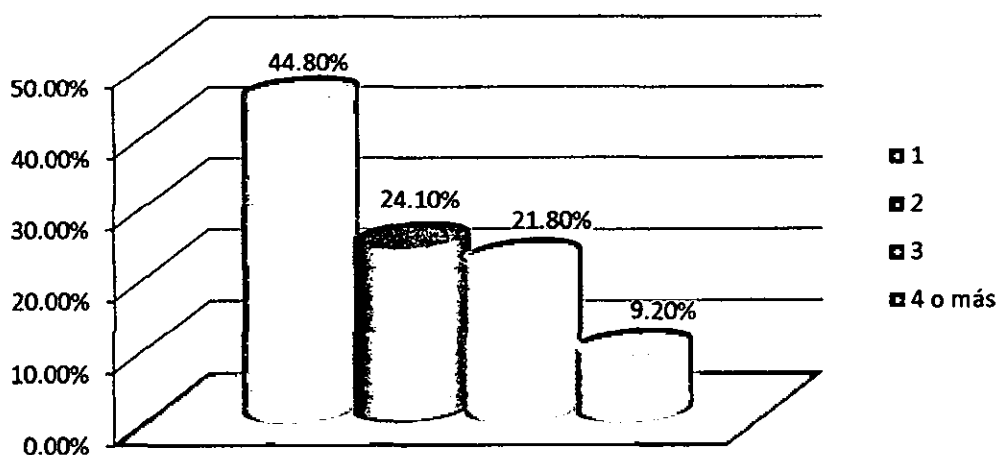


TABLA 15

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

DISTRIBUCION DE CASOS SEGÚN EL TIPO DE DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	N° CASOS	%
CLINICO	98	46.66%
ENDOSCOPICO	90	42.86%
CLINICO - ENDOSCOPICO	22	10.48%
TOTAL	210	100%

GRAFICO 15

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

DISTRIBUCION DE CASOS SEGÚN EL TIPO DE DIAGNOSTICO

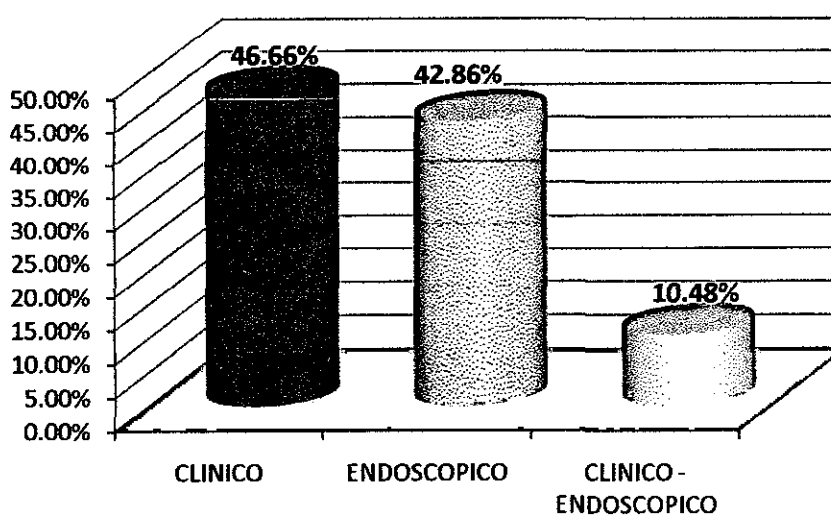


TABLA 16

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN EL DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO DE LA
ULCERA PEPTICA SEGÚN FORREST**

HALLAZGOS	N° CASOS	%
Sangrado Activo A chorro (Ia)	00	0.0 %
Sangrado Activo rezuma (Ib)	03	3.3 %
Vaso visible no sangrante (IIa)	08	8.9 %
Coagulo Adherido (IIb)	26	28.9 %
Mancha Plana Pigmentada (IIc)	12	13.3 %
Base Limpia (III)	41	45.5 %
TOTAL	90	100 %

GRAFICO 16

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN EL DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO DE LA
ULCERA PEPTICA SEGÚN FORREST**

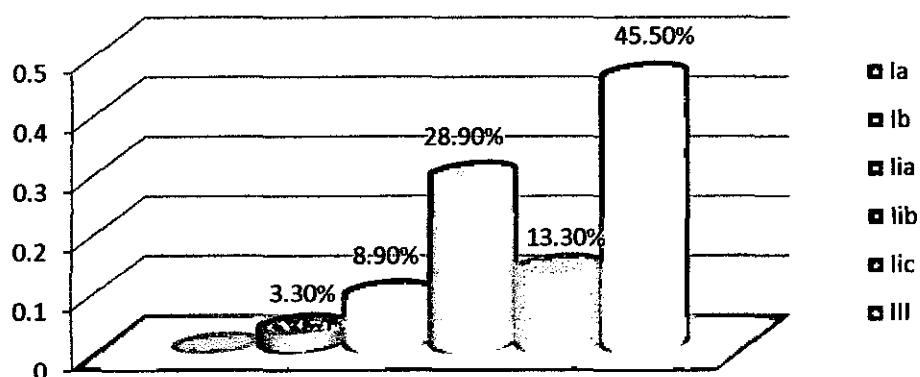


TABLA 17

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN EL USO O NO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS (UCI)**

UCI	N° CASOS	%
SI	10	4.8 %
NO	200	95.2 %
TOTAL	210	100.0 %

GRAFICO 17

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN EL USO O NO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS (UCI)**

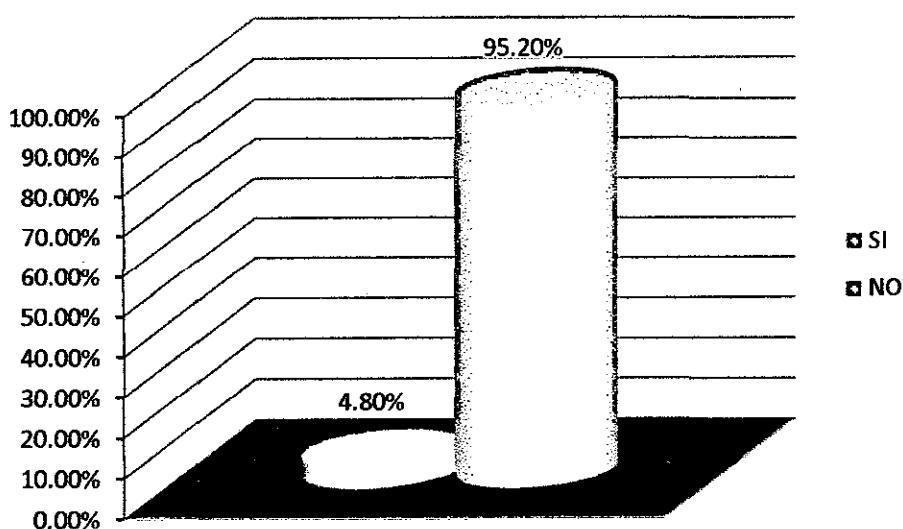


TABLA 18

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN LA CONDICIÓN DE EGRESO DE LOS
PACIENTES**

CONDICIÓN	Nº CASOS	%
VIVO	195	92.86 %
FALLECIDO	15	7.14 %
TOTAL	210	100.0 %

GRAFICO 18

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN LA CONDICIÓN DE EGRESO DE LOS
PACIENTES**

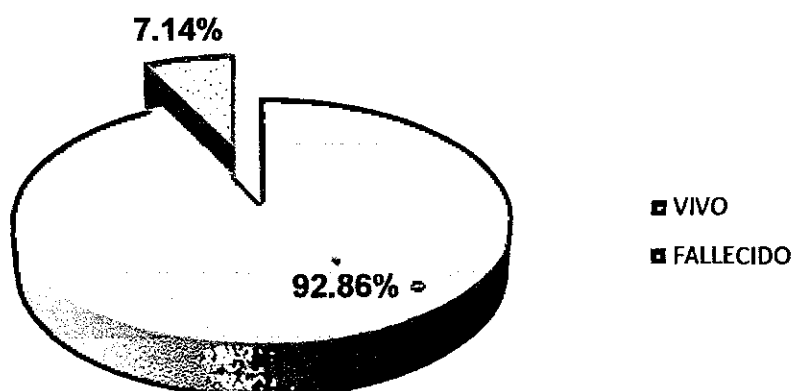


TABLA 19

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

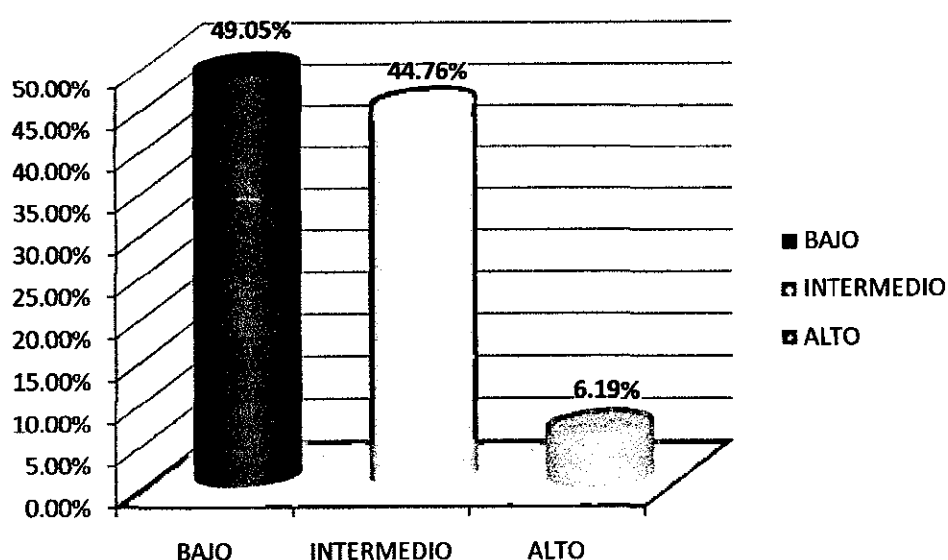
DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN EL RIESGO DE RESANGRADO - ROCKALL

RIESGO	N° CASOS	%
BAJO	103	49.05%
INTERMEDIO	94	44.76%
ALTO	13	6.19%
TOTAL	210	100.00%

GRAFICO 19

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA
ESSALUD – PIURA**

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN EL RIESGO DE RESANGRADO - ROCKALL



VIII. ANALISIS Y DISCUSIÓN

En el periodo enero del 2004 a diciembre del 2008; se observó un total de 8490 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina especialidades, de los cuales 460 (incidencia de 5.42%) corresponden al diagnóstico de hemorragia digestiva alta y 8030 (94.58%) presentan otro tipo de diagnóstico. Sólo en el servicio de Gastroenterología hubieron 2156 pacientes hospitalizados durante el periodo 2004 – 2008, de los cuales 460 con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, lo cual representa una incidencia del 21.39%, solo en este servicio. (**Tabla 1**).

Dedios L. (12), en su estudio realizado en la ciudad de Piura, encontró cifras de incidencia casi similares a las del presente estudio, encontrando que la incidencia de hemorragia digestiva alta en el servicio de medicina corresponde al 4.05%.

En el presente estudio encontramos que hay un predominio del sexo masculino con un 65.2% de los casos contra un 34.8% de los casos que corresponden al sexo femenino. (**Tabla 2**).

Dedios L (12). en un trabajo realizado en la ciudad de Piura, encuentra que el 72.34% de los casos son de sexo masculino, lo cual no concuerda con los datos obtenidos en el presente trabajo, pero esta pequeña diferencia se debe a que en la actualidad la exposición a factores predisponentes para el desarrollo de hemorragia digestiva alta es casi similar en ambos sexos, ya sea el consumo de alcohol, tabaco, stress, y de medicamentos antiinflamatorio, lo cual a llevado a un incremento en la presentación de casos por parte del sexo femenino. El factor hormonal en las mujeres determina un menor riesgo de enfermar por hemorragia digestiva alta, debido a que constituye un factor protector de la mucosa gastroduodenal.

Observamos que de la muestra de 210 pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, el grupo etareo que presenta mayor tendencia a desarrollar esta patología la encontramos entre los 60 a 79 años de edad (42.86%) y un 20% aquellos mayores de 80 años de edad. (**Tabla 3**).

La literatura refiere, según Roesch F. y cols. en México, que el 62.55% de pacientes con hemorragia digestiva alta se encontraban en el rango entre 50 a 80 años de edad (24). Así mismo según Zambrano C y cols. (10) en un trabajo realizado en Perú, refieren que el 65.6% de los pacientes eran mayores de 60 años, con un 14.8% con edad mayor a los 80 años. Dedios L.(12), encuentra que el 28.38% de pacientes con hemorragia digestiva alta, es mayor de 60 años, y el 14.86% mayor de 80 años.

El presente estudio difiere con la estadística internacional así como nacional y local, en relación a la frecuencia de presentación en los pacientes mayores de 60 años con hemorragia digestiva alta con un porcentaje menor al encontrado a nivel internacional y nacional, pero mayor al local. Difiriendo en casi un 5% a lo que respecta a la presentación en pacientes mayores de 80 años de edad, tanto a nivel nacional como local. (2,10,24)

Cabe resaltar que el predominio de presentación de hemorragia digestiva alta en pacientes mayores de 60 años de edad, se debe en muchas oportunidades a la comorbilidad asociada y polifarmacia a la cual son sometidos dichos pacientes. Esta circunstancia se explica probablemente por el hecho de que conforme avanzan los años, el sujeto se encuentra expuesto a un mayor número de factores de riesgo relacionados con sangrado digestivo, tanto en lo que respecta a factores exógenos (alcohol, tabaco, fármacos), como en lo que atañe a factores propios del envejecimiento humano.

El estudio refiere que el 74.8% de los pacientes, son pacientes asegurados; el 20%, no asegurados; el 3.3%, fueron atendidos por el Seguro

Integral de Salud (SIS); y el 1.9%, eran pacientes que poseían otro tipo de seguro. (**Tabla 4**)

La condición que presenta el paciente con respecto a si es asegurado o no, se toma en cuenta debido a que siendo el Hospital III José Cayetano Heredia. EsSalud – Piura, un hospital nivel III y centro de referencias a nivel regional, en algunas ocasiones atiende pacientes que son transferidos en calidad de no asegurados o como asegurados por el SIS, mediante un convenio del Ministerio de Salud y EsSalud. La poca frecuencia de pacientes no asegurados, así como, de asegurados por el SIS, nos podría indicar que la mayoría de estos pacientes son manejados en hospitales del Ministerio de Salud, siendo a veces necesario la transferencia al Hospital III José Cayetano Heredia. EsSalud – Piura, para un manejo más especializado o por no contar con una Unidad de Cuidados Intensivos disponible; en algunas ocasiones los pacientes no asegurados, acuden a dicho nosocomio por la cercanía en la que se encuentran respecto a su vivienda.

El 51.4% de los pacientes proceden de zona urbana y el 48.6% de zona rural, según se puede evidenciar en el estudio. (**Tabla 5**).

Observamos que el 46.2% de los pacientes presenta un tiempo de enfermedad de 1 a 2 días, seguido del 18.6% de 3 – 4 días; 14.8% más de 5 días; 13,3% menos de 12 horas; y 7.1% 12 a 24 horas. (**Tabla 6**)

El tiempo de enfermedad, según refiere la bibliografía, se asocia a la presentación de la enfermedad, ya pueda ser de manera aguda o crónica (9,18). Así tenemos, aquellos pacientes que son consumidores de AINEs (9), en los cuales su tiempo de enfermedad es de larga data, o la presentan de manera súbita, al igual que los pacientes con diagnóstico de gastritis, la cual es predominante en pacientes sometidos a stress.

En el presente estudio, también se podría señalar que en algunos casos, los pacientes fueron manejados en otra institución por más de 12 horas, incluso 1 día, siendo posteriormente transferidos al Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud – Piura; es importante también tener en cuenta que hubieron pacientes procedentes de zonas rurales alejadas a este nosocomio, lo cual prolongó su tiempo de enfermedad.

El tiempo de estancia hospitalaria, con mayor frecuencia, se encontró dentro del rango de 3 – 5 días (47,6%), seguido del 38.6% (6 – 8 días); y en menor frecuencia, 9 – 11 días (8.1%), 12 – 14 días (3.8%), y menos de 3 días (1.9%). (**Tabla 7**).

Según la bibliografía consultada, la úlcera péptica sangrante se autolimita en un 80% de los casos, por ello se puede dar de alta a las 24 – 48 horas del ingreso hospitalario, siempre y cuando no tengan una enfermedad asociada grave. (20,25). Ciertos cambios en la práctica clínica en los últimos 15 años revelan que la estancia hospitalaria ha decrecido significativamente, y más del 90% de pacientes con hemorragia digestiva alta son sometidos a endoscopia dentro de las primeras 24 horas de admisión. (18,20)

Como la mayoría de los costos hospitalarios para proveer cuidados a los pacientes con hemorragia digestiva alta aguda son causados por el costo de la cama hospitalaria, el acortamiento de la estancia hospitalaria o eliminación de la necesidad de hospitalización puede disminuirlos significativamente, lo cual es muy importante en la realización pronta de la endoscopia alta en los pacientes no asegurados.(9,18).

El 52.9% de los casos de hemorragia digestiva alta en el estudio, tuvo una localización topográfica a predominio gástrico, 24.3% en esófago, y 22.8% en duodeno. (**Tabla 8**).

Roesch F. y cols., en México encontraron que la localización más frecuente de hemorragia fue en el esófago (45.16%), seguida del estómago (42.46%), y 10.44% en duodeno (24); estos hallazgos no concuerdan con nuestro estudio, siendo el estómago la localización más frecuente de hemorragia digestiva alta, sin embargo en un estudio realizado por Apaza O., en Puno, donde la localización topográfica más frecuente de hemorragia digestiva alta fue en el estómago con un 47.27%, seguido de un 25.45% en esófago y 24.5% en duodeno (2), muy similar a los resultados obtenidos en este estudio.

La primera causa de hemorragia digestiva alta encontrada en este estudio, lo ocupa la úlcera péptica con un 42.8% de los casos (úlcera gástrica 23.3% y úlcera duodenal 19.5%); seguido de gastritis, 23.8%; várices esofágica, 20.5%; síndrome Mallory Weiss, 3.3%; duodenitis, 2.9%; várices gástricas, 2.4%; esofagitis y cáncer gástrico, 1.4%; angiodisplasias, 1%; y malformaciones arteriovenosa duodenal, 0.5%. (**Tabla 9**).

Dichos porcentajes coinciden con el estudio realizado por Samaniego C. y cols., en Paraguay (10), en donde la úlcera péptica representó el 58.2% de los casos, (úlcera gástrica, 36.36% y úlcera duodenal, 21.82%). Existen otros estudios en los cuales la primera causa de hemorragia digestiva alta coincide con el presente estudio (3,9), pero no coincide en la ubicación de la úlcera péptica, tales como; Dedios L. (12), en el cual la úlcera péptica representó el 57.7.% (úlcera duodenal, 33.33% y úlcera gástrica 24.44%); en el estudio realizado en la Unidad de Hemorragia Digestiva del Hospital Edgardo Rebagliati en Lima (9), donde la úlcera péptica representó el 44.3% (úlcera duodenal, 24.5% y úlcera gástrica, 19.8%); y Apaza O. en su estudio en Puno (2), encontró como primera causa a la úlcera péptica con un 44.5% casos (úlcera duodenal, 24.5% y úlcera gástrica 20%). Así mismo existen otros estudios en los cuales la úlcera péptica no es la primera causa de hemorragia digestiva alta, como el estudio de Almada A. y cols., en Argentina (1), en donde la primera causa de hemorragia fue la gastroduodenitis erosiva (28.5%),

seguida de la úlcera péptica (25%); también encontramos en el estudio de Roesch F. y cols., en México (24), en donde, la primera causa de hemorragia fue por várices esofágicas (33.85%), ocupando la úlcera péptica el tercer lugar (16.93%); no coincidiendo con los resultados obtenidos en el presente estudio.

La gastritis erosiva ocupó el segundo lugar de causa de hemorragia digestiva alta con un 23.8%, en el presente estudio; lo cual concuerda con el estudio de Samaniego C. y cols. (10), en el cual la gastritis erosiva ocupa el segundo lugar con un 34.54%, al igual que en el estudio de Roesch F. y cols. (24), en donde la gastritis erosiva ocupa el segundo lugar con un 31.12% de los casos.

En tercer lugar como causa de hemorragia digestiva alta en el presente estudio, encontramos a las várices esofágicas, con un 20.5% de los casos, lo cual coincide con el estudio de Almada A. y cols. (1); en contraste al estudio de Roesch F. y cols. (24), en donde las varices esofágicas son la primera causa de hemorragia digestiva alta, lo cual no concuerda con el presente estudio.

Dentro de las manifestaciones clínicas, en el presente estudio, en primer lugar a los mareos, con un 65.7% de los casos; seguido de palidez (61.4%), dolor abdominal (55.2%), melena y hematemesis (45.2%), melena sola (32.8%), náuseas y vómitos (29.5%), náuseas sola (28.6%), pirosis (22.9%), disfagia (21.9%), hematemesis sola (21.4%), lipotimia (19.1%), hipotensión (9.5%), taquicardia (4.3%), taquicardia e hipotensión con el mismo porcentaje que la hematoquecia (3.8%), vómitos (2.4%) y rectorragia (0.9%). (**Tabla 10**).

La bibliografía consultada refiere que la manifestación clínica más común en pacientes con hemorragia digestiva alta es la presentación de melena y hematemesis (3,7,18), lo cual no coincide con los resultados obtenidos en el presente estudio, pero se encuentra dentro de las tres primeras manifestaciones clínicas de los casos, con un porcentaje de 45.2% de los casos. Samaniego C. y cols. (10), encontró en su estudio que la manifestación

clínica más frecuente fue la presencia de melena (49%), seguido de hematemesis y melena (31%). Dedios L. (12), la primera manifestación clínica fue la presencia de melena en 74.32% de los casos, seguido de la presencia de hematemesis (54.05%).

También se aprecia la presencia de rectorragia (0.9%), lo cual según la literatura no es algo común, pero no significa que no se pueda presentar, esto de acuerdo a la ubicación de la hemorragia digestiva alta y a la severidad de la misma (5,6,13,23). En el estudio realizado por Dedios L. (12), encontramos que la rectorragia estuvo presente en el 1.35% de los casos, lo cual es casi similar a los resultados obtenidos en el presente estudio.

El antecedente de principal importancia, es el consumo de AINEs por parte de los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, representado por el 26.67% de los casos, seguido de cirrosis hepática, 21.90%; hemorragia digestiva alta previa, 14.29%; consumo de alcohol, 7.62%; hipertensión arterial, 7.14%; hipertensión portal, 5.24%; neoplasia, 4.76%; artritis reumatoide, 3.81%; sin antecedentes, 3.33%; insuficiencia renal crónica, 1.90%; y hemofilia, 0.48%. (**Tabla 12**).

El consumo de AINEs, según Samaniego C. y cols.(10), al igual que Salvatierra G. y cols. (26), concuerdan con el presente estudio al ser el antecedente de mayor frecuencia en los pacientes con hemorragia digestiva alta, lo que no sucede con los estudios de Apaza O (2). y Dedios L. (12)., en los cuales el consumo de AINEs, ocupó el tercer y segundo lugar respectivamente, como antecedentes de importancia. Hay que tener en cuenta que el riesgo de una hemorragia digestiva por toma de AINES es dosis-dependiente y también se correlaciona con otros factores como son una edad mayor de 70 años, historia de úlcera péptica y/o hemorragia digestiva y enfermedad cardíaca subyacente (15).

Los resultados encontrados por Dedios L. (12), en su estudio, respecto a la frecuencia de cirrosis hepática como antecedentes en los pacientes con hemorragia digestiva, no coincide con los del presente estudio, existiendo una diferencia del 100% de los resultados encontrados en este estudio, a diferencia de los resultados obtenidos respecto a los casos de hipertensión arterial y artritis reumatoide, los cuales coinciden con los del estudio.

El alcohol como antecedente de importancia, se encuentra en primer lugar en el estudio realizado por Dedios L. (12) y en segundo lugar, en el estudio de Apaza O., lo cual no concuerda con nuestro estudio, existiendo una diferencia significativa en los resultados. Algo similar se puede apreciar respecto a la frecuencia en la hipertensión portal, la cual es mucho menos frecuente en nuestro estudio comparado al estudio de Apaza O. (2).

El valor de hemoglobina al ingreso por el servicio de emergencia de los pacientes en estudio fue de 8 – 9.9gr/dl representando el 30.0% de los casos; seguido de 6 – 7.9gr/dl, 25.24%; 10 – 11.9gr/dl, 21.43%; menor de 6 gr/dl, 14.76%, y mayor de 15 gr/dl (8.57%). (**Tabla 12**).

Según la bibliografía consultada, la hemorragia digestiva alta origina un descenso de los niveles de hemoglobina y hematócrito por la pérdida sanguínea, siendo necesarias de 6 a 24 horas para que se produzca la hemodilución que permita que estos parámetros alcancen su nivel real (5,6,13,17,23). Es de destacar el alto porcentaje de casos encontrado en el que la hemoglobina al ingreso no mostró una disminución significativa (< de 10 g/dl). Esto podría explicarse por el hecho de que más del 20% de los casos ingresaron al servicio de emergencia durante dicho período de reajuste intravascular y revela la escasa ayuda que los valores de hemoglobina aportan en la mayoría de casos que se presentan durante ese periodo, al diagnóstico de hemorragia digestiva alta.

De los 210 casos, el 41.4% presentaron valores de hemoglobina inferiores a 7 gr/dl, por lo tanto requirieron de transfusión sanguínea. (**Tabla 13**). Esto guardaría cierta relación con los resultados hallados en el valor de hemoglobina al ingreso (tabla 11), y con el número de paquetes globulares que fueron necesarios para reponer la volemia, en donde se puede apreciar que de los pacientes que requirieron transfusión sanguínea ($Hb < 7$ gr/dl), al 44.8% se le transfundió 1 paquete globular, 24.1%, 2 paquetes globulares; 21.8%, 3 paquetes globulares; 9.2%, más de 4 paquetes globulares (**Tabla 14**), de este último porcentaje, 2 casos requirieron de más de 5 paquetes globulares, a los cuales se les diagnosticó, gastritis erosiva hemorrágica y malformación arteriovenosa duodenal, respectivamente.

En el 46.66% de los casos, a los pacientes se les realizó el diagnóstico de hemorragia digestiva alta, al 42.86%, mediante endoscopia, y el 10.48% su diagnóstico se realizó por clínica y endoscopia. (**Tabla 15**)

Dedios L. (12)., en su estudio, encuentra que al 76.76% de los casos se les realizó endoscopia, el 44.4% de los casos, el diagnóstico endoscópico concordó con el clínico, coincidiendo con el presente estudio. Hay que tener en cuenta que de los pacientes en estudio al 100% se le realizó endoscopia para poder determinar la causa, siendo solo el 46.66% de los casos los que concordaban el diagnóstico clínico con el endoscópico.

Dentro de los hallazgos endoscópicos en los casos de úlcera péptica, encontramos, según la clasificación de Forrest: 45.5% de los casos presentaron Forrest III; 28.9%, Forrest IIb; 13.3%, Forrest IIc; 8.9%, Forrest IIa; 3.3%, Forrest Ib; y ningún caso se diagnosticó con clasificación Forrest Ia. (**Tabla 16**).

Samaniego C. y cols. (10), en su estudio, obtienen resultados casi similares al del presente estudio, ubicando a la clasificación Forrest III como el principal hallazgo endoscópico en pacientes con úlcera péptica, representado

con un 46.88% de los casos, frente al 45.5% de los casos encontrados en el presente estudio, y en segundo lugar la clasificación Forrest IIb, con un 28.9% de los casos casi similar a este estudio (28.9%). El presente estudio al igual que en el de Samaniego, no se encontró ningún caso con clasificación Forrest Ia.

El orden de frecuencia para la clasificación de Forrest del presente estudio, no coincide con lo informado por Apaza O. (2) en su estudio; el cual, encuentra a la clasificación Forrest IIa, como la de mayor de frecuencia, seguida de la clasificación Forrest III.

Según la bibliografía consultada, la hemorragia digestiva alta es una de las urgencias más frecuentes en gastroenterología (16) y constituye la primera causa de demanda de estudios endoscópicos en los Servicios de Gastroenterología de los hospitales a nivel mundial (24). La endoscopía alta es el procedimiento de elección para el diagnóstico debido a su alta precisión, baja frecuencia de complicaciones y potencial de intervención terapéutica. La endoscopía alta inicial debe realizarse tan pronto como sea posible. En pacientes con hemorragia digestiva grave se puede realizar en cuanto se consiga la estabilidad hemodinámica del paciente, en el resto de los pacientes la mayoría de los autores coinciden en que la endoscopía alta se realice dentro de las 12hs y nunca después de las 24hs dado que disminuye el rendimiento diagnóstico (1,16,24). Por consiguiente una demora de mas de 48 horas reduce en forma significativa la posibilidad de ver la lesión o determinar cual fue la responsable del episodio hemorrágico. Por el contrario ante un sangrado masivo, la endoscopía efectuada en forma inmediata choca con las dificultades para la visualización que implica un estómago repleto de sangre, y es por ello que existe controversia acerca de si la endoscopía urgente, efectuada antes de las 6 horas del ingreso, es beneficiosa. (16)

El 4.8% de los casos, requirió tratamiento por la Unidad de Cuidados Intensivos al momento de su ingreso al servicio de emergencia. (**Tabla 17**).

No se encontró estudio alguno en el cual se mencione el uso de alguna unidad de cuidados intensivos en pacientes con hemorragia digestiva alta. El estudio de Dedios L. sólo menciona el número de pacientes que se encuentran hospitalizados en dicha unidad con dicho diagnóstico, al momento del estudio, los resultados encontrados en este estudio, difieren con los hallados por Dedios L. (12).

La condición de egreso de los pacientes después de la hospitalización se determinó en: Vivo (92.86%) y fallecido (7.14%). (**Tabla 18**).

Los resultados obtenidos en este estudio, concuerdan con la mayoría de lo descrito por la literatura consultada, en donde la mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta, esta comprendía entre el 5 – 20%. (3,7,15). Dedios L. (12), en su estudio encuentra una mortalidad del 23.6%, es mucho mayor a la encontrada en el presente estudio.

Es evidente, que el incremento en la proporción de pacientes afectos mayores de 60 años, usualmente con otras condiciones médicas mórbidas, hace que resistan menos las consecuencias de una hemorragia y que todavía las tasas de mortalidad permanezcan altas.

El 49.05% de los casos, según la clasificación de Rockall, presentaría un riesgo bajo de resangrado, esto teniendo en cuenta ciertas variables clínicas y endoscópicas que se tienen en cuenta para esta clasificación. El 6.19% presentaría un riesgo alto de resangrado. (**Tabla 19**).

Los resultados obtenidos en el presente estudio, son una probabilidad de lo que se podría presentar teniendo en cuenta los antecedentes de los pacientes en estudio, no implica que todos los pacientes que presenten un riesgo alto de resangrado lo hagan, así como tampoco los demás pacientes.

IX. CONCLUSIONES

1. En el periodo enero 2004 a diciembre del 2008 la incidencia de Hemorragia Digestiva Alta es de 5.42% en el servicio de Medicina Especialidades y de 21.39% en el servicio de Gastroenterología.
2. La hemorragia digestiva alta se presentó con mayor frecuencia en los pacientes cuyo grupo etáreo se encontraba entre los 60 a 79 años, representando el 42.86%, de los pacientes en estudio.
3. La presencia de hemorragia digestiva alta fue más frecuente en el sexo masculino que en el femenino y representa el 65.2%
4. De los pacientes que presentaron hemorragia digestiva alta, el 74.8% eran pacientes asegurados, frente a un 20% de pacientes no asegurados y, un 3,3% y 1,9%, de pacientes atendidos por el Seguro Integral de Salud (SIS) y por otro tipo de seguro, respectivamente.
5. El 51.4% de pacientes procedían de zona urbana y el 48.6% de zona rural.
6. El tiempo de enfermedad con más frecuencia se encontró en el rango entre 1 a 2 días en un 46.2% de los casos, seguido de los casos con 3 a 4 días (18.6%), y con menos frecuencia los pacientes con un tiempo de enfermedad mayor 6 días.
7. La mayoría de pacientes presentó una estancia hospitalaria entre 3 – 5 y 6 – 8 días, representando un 47.6% y 38.6% respectivamente, siendo con menor frecuencia los pacientes que permanecieron menos de 3 días, con un 1.9%.
8. La localización topográfica más frecuente de la hemorragia digestiva alta se encontró en el estómago, en un 52.9%.
9. La úlcera péptica fue la causa más frecuente de hemorragia digestiva alta, con un 42.8%; siendo la úlcera gástrica más frecuente que la úlcera

duodenal, en segundo lugar encontramos a la gastritis con un 23.8%, seguido de las várices esofágicas con un 20.5%, y Síndrome de Mallory Weiss con un 3.3%.

10. Las manifestaciones clínicas con mayor frecuencia fueron; la presencia de mareos, palidez, dolor abdominal, la presencia de melena asociada a hematemesis, melena, disfagia, pirosis, lipotimia, náuseas y vómitos; y en menor frecuencia, vómitos, hematoquecia, taquicardia e hipotensión.
11. La ingesta de AINEs como antecedente de importancia, fue la que tuvo mayor frecuencia de los casos en estudio, representado por un 26.67%, seguido de cirrosis hepática (21.9%); episodio de hemorragia digestiva alta previo, (14.29%), y en mucho menor frecuencia, el antecedente de padecer de hemofilia (0.48%).
12. El 30% de los pacientes presentaron al ingreso un valor de hemoglobina comprendido entre 8 – 9.9 gr/dl, seguido de aquellos que presentaron valores entre 6 – 7.9 gr/dl con un 25.24%, y en menos frecuencia aquellos con hemoglobina mayor de 15 gr/dl, representado por 8.57%.
13. Del total de pacientes en estudio, el 41.4% requirió de transfusión sanguínea.
14. De los pacientes que requirieron transfusión sanguínea, al 44.8% se le transfundió 1 paquete globular, seguido del 24.1% y 21.8% que necesitaron de 2 y 3 paquetes globulares respectivamente, y en menor porcentaje aquellos que requirieron la transfusión de más de 4 paquetes globulares, representando el 2.3%.
15. El diagnóstico clínico se realizó en el 46.66%, seguido del diagnóstico endoscópico con un 42.86% de los casos.
16. En el diagnóstico endoscópico de la Úlcera Péptica según la clasificación de Forrest, encontramos que la clasificación Grado III o base limpia ocupa el primer lugar, representado por el 45.5%, seguido de la clasificación

Grado IIb o Coágulo Adherido, con un 28.9%. No se encontró ningún caso de pacientes que hayan presentado clasificación grado Ia o sangrado activo a chorro.

17. El 4.8% de los pacientes con hemorragia digestiva alta requirieron del manejo de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
18. El 7.14% de los casos, su condición de egreso fue fallecido.
19. El 6.19% de los casos presentaría un alto riesgo de resangrado, según la clasificación de Rockall.

X. RECOMENDACIONES

1. Educar al paciente portador de lesiones con riesgo de sangrado digestivo alto acerca de eventos desencadenantes, particularmente alcoholismo y consumo de AINES.
2. La realización de un estudio endoscópico dentro del lapso de tiempo recomendado (6 – 24 horas), sería recomendable para determinar con exactitud el diagnóstico de los pacientes que ingresan por hemorragia digestiva alta, y de esta manera recibir el tratamiento adecuado.
3. En el manejo del paciente que ingresa a emergencia por hemorragia digestiva alta, debe de ser multidisciplinario, para poder elaborar unidad clínica y tomar las decisiones correctas.
4. Por ser la Historia Clínica un documento médico legal, se recomienda el llenado adecuado de esta, sobre todo de la Historia de Emergencia, que es la que nos orienta sobre las condiciones en las que ingresó el paciente y poder tener una idea de la evolución del mismo durante su estancia hospitalaria.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Almada C, Panzardi M, Vallejos A. "Hemorragia Digestiva Alta en un Hospital Público de la Provincia de Corrientes". Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina - N° 180 – Abril 2008 Pág. 4-8. Argentina. 2008.
http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista180/2_180.pdf
2. Apaza O. Caracterización topográfica y etiológica de la hemorragia digestiva alta en el Hospital EsSalud III de Puno. Tesis para optar el título de especialista en Medicina Interna Puno – Perú. 2003.
3. Balanzó J. y Villanueva C. Hemorragia digestiva alta. Asociación Española de Gastroenterología. Ediciones Doyma, S.L. España 2005.
<http://www.aegastro.es>
4. Buja M, Netter F. Netter: Anatomía Patológica. Publicado por Elsevier. España 2006.
5. Braunwald E. y cols. Harrison, Principios de Medicina Interna. Décimo Quinta Edición. Publicado por McGraw-Hill. Interamericana. México 2004.
6. Brunicardi Ch. Schwartz: Principios de Cirugía. Octava Edición. Publicado por McGraw-Hill. Interamericana. México 2006.
7. Cabrera G, Macedo V. "Hemorragia Digestiva". Perú. 2004.
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Medicina/cirugia/Tomo_I/Cap_10-1-2_Hemorragia%20digestiva.htm
8. Casares S. Hemorragia Digestiva. España 2004.
http://www.medspain.com/ant/n9_feb00/terapia.htm

9. Contardo C, Espejo H. "Hemorragia digestiva alta no originada por várices". Perú. 2006.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n3/a07v23n3.pdf>gia digestiva
10. Castor S., Casco E., Crisaldo C.. "Hemorragia Digestiva Alta No Varicosa. La experiencia del Centro Médico Bautista". Paraguay 2005.
<http://scielo.iics.una.py/pdf/anales/v38n4/v38n4a06.pdf>
11. Contreras G, Veloso M, Zalazar P, Alderete J. y cols. "Presentación de la Hemorragia Digestiva Alta en el sexo masculino". Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 133 – Noviembre 2004 Pág. 5-8
<http://med.unne.edu.ar/revista/revista133/phdsm.htm>
12. Dedios L. Aspectos clínicos y etiológicos de la hemorragia digestiva alta en el Hospital Cayetano Heredia de Piura. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Piura – Perú. 1993.
13. Farreras V, Rozman C. Tratado de Medicina Interna Farreras – Rozman. Publicado por Elsevier - Health Sciences Division. 2004.
14. Gastroenterología. Síndrome de Mallory-Weiss. España 2007
<http://www.iqb.es/digestivo/patologia/mallory.htm>
15. García E, Alcaín G, Cañero J, Vazquez L. Hemorragia Digestiva en Área de Urgencias. Servicios de Aparato Digestivo y Urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. España 2004.
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/hemodige.pdf>

16. Ginsberg G., Kochman M. Los Requisitos en Gastroenterología: Endoscopia y radiología gastrointestinal. Publicado por Elsevier. España 2005.
17. Guyton A, Hall J. Tratado de Fisiología Médica. Décimo Primera Edición. Mc. Graw Hill. Interamericana. México 2007.
18. Ichiyanagui C. Epidemiología de la Hemorragia Digestiva. Perú 2006.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n3/a05v23n3.pdf>
19. Libros Virtuales Intramed. Hemorragia Digestiva Alta. 2007.
http://www.intramed.net/sitios/librovirtual1/pdf/librovirtual1_34.pdf
20. Ling Vargas Tank. Hemorragia Digestiva Alta. Chile 2003.
http://www.socgastro.cl/imagenes/diag_sep/hemd_alta.pdf
21. Mosby, D, Jefferson K, Novak P, Elliot M. Diccionario Mosby de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud/ Mosby Dictionary Of Medicine, Disease, and Health Sciences. Sexta edición. Mosby / Doyma libros. España 2003
22. Patiño J, Hemorragia Gastrointestinal Alta. Departamento de Cirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá. Colombia 2007.
<http://www.aibarra.org/Guias/5-4.htm>
23. Revista de Gastroenterología del Perú. "Hemorragia Digestiva Alta". Vol. N° 26. Lima enero - marzo 2006
<http://www.scielo.org.pe>

24. Roesch F, García V, Rueda G y cols. Frecuencia y causas de hemorragia del tubo digestivo alto en la ciudad de Veracruz. Academia Mexicana de Cirugía. México 2004.
<http://www.medigraphic.com/ingles/i-htms/i-circir/i-cc2004/i-cc02-1/im-cc021a.htm>
25. Rodríguez C. Úlcera Péptica. Perú 2006.
http://www.upch.edu.pe/famed/pregrado/asignaturas/contenidos/Climedl/lecturas/Gastro/ULCERA%20PEPTICA%20TOPICOS%20SELECTOS%20Med_Int_2006.pdf
26. Salvatierra G., De la Cruz Romero L, Paulino M et al. Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso del antiinflamatorios no esteroideos en Lima Metropolitana. Rev. Gastroenterol. Per, 2006; 26(1):13-20.
27. Wikimedia Foundation, Inc Diagnósticos en Medicina – Gastroenterología. Wikipedia® 2008.
<http://es.wikipedia.org/wiki/Endoscopia>
28. Wong L. Mallory Weiss Tear. Department of Medicine, Division of Gastroenterology and Hepatology, Mayo Clinic. Estados Unidos de Norteamérica. 2008.
<http://emedicine.medscape.com/article/187134-overview>
29. Xia B, Xia H, Ma C, Wong W, Fung F et al. Trends in the prevalence of peptic ulcer disease and Helicobacter pylori infection in family physician referred uninvestigated dyspeptic patients in Hong Kong. Aliment Pharmacol Ther 2005;22:243-249

ANEXO

ANEXO 1

**CARACTERISTICAS CLINICO EPIDEMIOLOGIAS DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO
HEREDIA – EsSALUD – PIURA.**

Nº Historia Clínica : _____

Tipo de Seguro: EsSalud____ No Asegurado____ SIS____ Otros____

1. Filiación :

Edad : _____

Sexo : M F

Procedencia : Urbano Rural

2. Tiempo de enfermedad: ____ días.

3. Tiempo de estancia hospitalaria: ____ días.

4. Valor de Hemoglobina al ingreso : ____ gr/dl

5. Antecedentes de Importancia:

Cirrosis hepática

Antecedente de Hemorragia Digestiva Alta previa.

Neoplasias.

Consumo de AINEs.

Consumo de Alcohol.

Otro

Ninguno

6. Manifestaciones Clínicas:

Melena.

Hematemesis.

Hematoquecia

Rectorragia.

Dolor Abdominal.

Náuseas.

Mareos.

Vómitos.

Palidez.

Hipotensión.

Taquicardia.

7. Causa de la Hemorragia Digestiva Alta:

Úlcera gástrica

Úlcera duodenal
 Várices esofágicas.
 Várices gástricas.
 Esofagitis.
 Gastritis.
 Duodenitis.
 Angiodisplasias.
 Sd. Mallory Weiss.
 Cáncer gástrico.
 Malformación Arterio Venosa.

8. Localización Topográfica de la Hemorragia:

Esófago.
 Estómago.
 Duodeno.
 No determinada

9. Hallazgo Endoscópico de la Úlcera Péptica, según Forrest:

Sangrado Activo, a chorro Ia
 Sangrado Activo, en rezuma, Ib
 Vaso visible no sangrante IIa
 Coágulo Adherido IIb.
 Mancha Plana Pigmentada IIc
 Base limpia III

10. Transfusión Sanguínea:

Si ___ No ___ N° paquetes: ___

11. Requirió UCI:

2. Si ___ No ___